



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**REDES DE APOYO SOCIAL QUE INFLUYEN EN EL CONTROL Y APEGO AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA CRÓNICA ASIGNADOS
A LA UMF 20 VALLEJO**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**ALUMNO:
DR MARIO ANTONIO ALARCON JAIMES**

**TUTORA:
DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA**



GENERACION 2011 – 2014

MEXICO D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TUTORA:

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN ESECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR.

Vo Bo:

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN ESECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR.

Vo Bo:

DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE
LA U.M.F. 20 VALLEJO

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional a lo de toda mi vida, por eso dedico este nuevo triunfo, siendo ellos parte fundamental y un pilar para mí.

A mi hermano por apoyarme y darme su cariño todos los días.

A mi novia Linda, por acompañarme con mucho amor en todas las noches de desvelo, a lo largo de este proyecto.

A mis amigos quienes fueron un gran apoyo emocional durante todo este tiempo.

A mis profesores, y asesores de tesis, en especial a la Dra Carmen Aguirre por compartir todo su conocimiento así como su paciencia, sin su ayuda y aportes esto no hubiera sido posible.

Agradezco a Dios quien me dio fuerza y fuerza creer que lo imposible se puede lograr.

INDICE.

I.- RESUMEN.....	1
II.- ANTECEDENTES.....	3
III.- MARCO TEORICO.....	6
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA.....	13
V.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	15
OBJETIVOS GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESECIFICOS.....	15
VI.-JUSTIFICACION.....	16
VII.- HIPOTESIS.....	18
VIII.- SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	19
IX.- DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	20
X.- ANALISIS ESTADISTICO.....	24
XI.- RESULTADOS.....	25
XII.- DISCUSION.....	33
XIII.- CONCLUSION.....	35
XIV.- BIBLIOGRAFIA.....	37
XV.- ANEXOS.....	42

**REDES DE APOYO SOCIAL QUE INFLUYEN EN EL CONTROL Y APEGO AL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA CRÓNICA ASIGNADOS
A LA UMF 20 VALLEJO**

RESUMEN

REDES DE APOYO SOCIAL QUE INFLUYEN EN EL CONTROL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA CRÓNICA ASIGNADOS A LA UMF 20 VALLEJO.

Alarcón-Jaimes Mario Antonio¹ Aguirre- García María del Carmen ²

1. Alumno
2. Profa titular del curso de especialización en Medicina Familiar

INTRODUCCIÓN. El apoyo social es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad. Las situaciones adversas se acompañan de un cambio vital, siendo un obstáculo para el cumplimiento del régimen terapéutico.

OBJETIVO. Determinar las principales redes de apoyo que influyen en el control y apego al tratamiento en pacientes con neumopatía crónica asignados a la UMF 20 Vallejo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizara un estudio transversal analítico en los derechohabientes con diagnostico de neumopatía crónica de mínimo 6 meses. Previo consentimiento se aplicaran el cuestionario de MOS de percepción del apoyo social, Escala de Morisky-Green para apego al tratamiento y los test de Anthonisen y control del asma ACT por el paciente, para valorar control clínico. Para el análisis de datos se determinaran medias, desviaciones típicas y porcentajes mediante SPSS y para estudiar la relación de variables Chi-cuadrada.

RESULTADOS. Se encuestaron 242 pacientes con diagnostico de EPOC, Asma y Fibrosis Pulmonar de los cuales la edad promedio fue de 69.05 años, predomino el sexo femenino con 61%, la ocupación hogar con 53.7%, escolaridad primaria 29.3% y el diagnostico más común EPOC con 62.8%, pacientes un 68.8% se encuentran controlados, el 50.5% se apega al tratamiento terapéutico y en un 55.8% refieren redes de apoyo.

CONCLUSIONES. El Apoyo social se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el control de la enfermedad y el apego terapéutico, por lo que es posible afirmar su importancia clínica, al observar sus efectos en dichos pacientes que si lo cuentan.

PALABRAS CLAVES: Redes de apoyo, Control y Apego al tratamiento, Neumopatía crónica, EPOC, Asma.

ABSTRACT

SOCIAL SUPPORT NETWORKS AFFECTING CONTROL AND ADDICTION TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC LUNG DISEASE UMF 20 ASSIGNED TO VALLEJO.

Alarcón - Jaimes Mario Antonio Aguirre- García 1 María del Carmen 2

1. Student.
2. Principal Investigator.

INTRODUCTION. Social support is an interactive process where emotional , instrumental and emotional social support network around us , having a protective effect on health and the stress of shock disease is obtained. Adverse situations are accompanied by a vital change, being an obstacle to compliance with medical regimen.

OBJECTIVE. Determine the main support networks that influence control and adherence to treatment in patients with chronic lung disease assigned to UMF 20 Vallejo.

MATERIAL AND METHODS. A cross-sectional study in the beneficiaries diagnosed with chronic lung disease of at least 6 months was performed. Consent questionnaire MOS perception of social support , Morisky -Green Scale for addiction treatment and test Anthonisen and ACT asthma control is applied by the patient to assess clinical control. For data analysis means, standard deviations and percentages were determined using SPSS and to study the relationship of Chi - square variables.

RESULTS. Surveyed 242 patients with a diagnosis of COPD, Asthma and Fibrosis of which the average age was 69.05 years, females predominated with 61%, the household occupation with 53.7%, 29.3% primary school and the most common diagnosis with COPD were surveyed 62.8%, 68.8% patients are controlled, 50.5% compliant with the therapeutic treatment and 55.8% reported support networks.

CONCLUSIONS. The social support correlated statistically significantly with disease control and therapeutic addiction, so it is possible to assert its clinical importance, to observe its effects in these patients if they tell.

KEYWORDS: Network support , Control and Adherence to treatment , chronic lung disease , COPD , Asthma.

ANTECEDENTES

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma son dos enfermedades inflamatorias muy prevalentes, caracterizadas por obstrucción del flujo aéreo, que tienen diferentes mecanismos patogénicos y diferentes grados de respuesta al tratamiento antiinflamatorio.¹

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es actualmente definida como una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación progresiva al flujo aéreo que no es totalmente reversible, aunque puede tener variaciones en su intensidad. La enfermedad es causada por una inflamación pulmonar secundaria a la inhalación de partículas y gases tóxicos, en especial el humo del cigarrillo. Si bien es una afección primitivamente pulmonar, en estadios avanzados presenta manifestaciones sistémicas. En estas circunstancias el enfermo se debilita, aumenta la morbilidad y pierde calidad de vida. En esta etapa, la EPOC tiene una fuerte repercusión socioeconómica sobre la comunidad.²

En el mundo, la EPOC es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad. Es la cuarta causa de mortalidad y cobra 2.75 millones de vidas anualmente.³

El rápido avance que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ha tenido en México llama fuertemente la atención y da una señal de alarma para tomar de inmediato acciones colectivas e individuales que frenen su avance. En nuestro país, la EPOC es ahora la 5ª causa de muerte, con 20,565 defunciones anuales y una tasa del 19.3% por cada 100,000 habitantes.⁴

Para este 2020, se tiene proyectado que la EPOC se convierta en la tercera causa de mortalidad más, después de las cardiopatías y el accidente vascular cerebral.⁵

El tratamiento de la EPOC es costoso. De acuerdo a cifras del Departamento de Costos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) el gasto por paciente en consulta externa es de \$2,100 pesos; el gasto en hospitalización por día es de \$2,290; en urgencias es de \$3,000 y en terapia intensiva el costo puede elevarse hasta más de \$400,000. En la clínica de EPOC se dan más de 2,500 consultas al año y se hospitalizan alrededor de 350 pacientes en este periodo. El

costo de la EPOC para estos rubros asciende a más de 13 millones de pesos, sin tomar en cuenta los gastos que se generan en terapia intensiva, los medicamentos y oxígeno a largo plazo, ni los costos indirectos.⁶

En cuanto a la fibrosis pulmonar en 1935 y 1944 los doctores Hamman y Rich describieron los hallazgos clínicos y morfológicos encontrados en 4 pacientes que presentaban una fibrosis pulmonar difusa, que siguió en todos ellos un curso progresivo y rápidamente letal, denominada durante muchos años como síndrome de Hamman y Rich, término que se abandonó para dar paso a fibrosis pulmonar idiopática (FPI) o alveolitis fibrosante criptogénica o neumonía intersticial usual, la cual se caracteriza por sus manifestaciones clínicas, radiológicas, fisiológicas y morfológicas. La historia natural puede variar desde algunos meses hasta 15-20 años, pero en términos generales el promedio es de alrededor de 4 a 5 años. Este padecimiento debe considerarse como progresivo, irreversible, incapacitante y potencialmente letal. En México, no existen estadísticas confiables para este tipo de enfermedades que permitan conocer la magnitud real del problema. En un período de 12 años, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se han diagnosticado 2,465 nuevos casos. Aunque la enfermedad puede ocurrir en cualquier edad, adquiere su mayor frecuencia entre los 40 y 60 años y tiene una predilección por el sexo femenino de 2:1. En las etapas iniciales predominan las modificaciones celulares y en las etapas avanzadas el incremento de las colágenas intersticiales, esto es, la fibrosis. En los estadios intermedios y avanzados, suele observarse hiperplasia de células musculares lisas, inflamación y fibrosis peribronquiolar con zonas de estrechamiento y dilatación de las vías aéreas e hipertrofia de la media y proliferación de la íntima en las arterias pulmonares. Finalmente, en las etapas muy avanzadas es común la presencia de espacios aéreos no funcionales de diferentes tamaños, revestidos por epitelio bronquiolar, separados entre sí por gruesas paredes de tejido fibroso y cantidades variables de músculo liso, lo que se conoce como pulmón en estado terminal o en "panal de abeja".⁷

Al igual que en muchos otros países, en México el asma constituye un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, estimada entre 5 y 10% de la población.⁸ A pesar de ser una enfermedad muy frecuente, hay pocos estudios

que describan las principales características de los pacientes asmáticos, en especial en los adultos.⁹

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el asma ha sido en los últimos 10 años la causa principal de demanda de atención en los servicios de Urgencias, Consulta Externa y Hospitalización.¹⁰ Esta institución recibe población abierta de todas las edades, si bien la mayor demanda es de población adulta.

MARCO TEORICO

REDES SOCIALES DE APOYO.

Desde la teoría social del intercambio las personas tienen relaciones que permiten dar, recibir, intercambiar (con cierto grado de reciprocidad) y guardar. Según Homans el postulado esencial de esta teoría es que el comportamiento social es un intercambio de bienes materiales y no materiales entre los que se encuentran los símbolos de aprobación o prestigio. Milroy menciona que las relaciones de intercambio que se establecen en una red social tienden a imponer derechos y obligaciones sobre sus miembros, pero que en el fondo se sostienen en la idea de que un mayor beneficio obtenido es siempre igual o mayor al coste de la operación. Estos postulados de la teoría del intercambio social son la base para entender las redes sociales y su papel en la sociedad actual.¹¹

Las ciencias sociales han destacado las relaciones de parentesco en donde procesos de intercambio solidario y a veces conflictivo atraviesan mecanismos de ayuda. Dentro de las unidades domésticas, las familias en sentido amplio y las redes sociales, estos mecanismos son evidentes. En cada una de ellas los individuos se vinculan y apoyan a veces con un sentido de intercambio, no obstante, las relaciones establecidas en cada una de ellas son peculiares, tienen mecanismos de reciprocidad diferentes, responde a tiempos específicos (diferidos o inmediatos), los apoyos que se proporcionan en cada una son diferentes, así como el grado de intimidad, afecto y confiabilidad que se establece en las personas.¹²

DEFINICIÓN DE REDES SOCIALES (DE APOYO)

Específicamente, el estudio sobre las redes sociales comenzó con las inquietudes generadas por los antropólogos sociales. Elizabeth Bott (1955) mencionó en su célebre *Familia y red social* que “el entorno social inmediato de una familia urbana está constituido más bien por una red que por un grupo organizado. Una red es una configuración social en la que algunas, no todas, las unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí.”. En ese mismo momento, ella distinguió tres acepciones al término red: como método de estudiar los vínculos sociales existentes al interior de comunidades locales y de categorías sociales;

segunda, en el estudio de las relaciones entre sistema y entorno, y tercera, en los estudios de los procesos sociales y de generación de formas sociales.¹³

A pesar de que Bott concluye en su trabajo que el término *red* no es nuevo, fue hasta la década de los setenta cuando se realizaron con mayor regularidad investigaciones y discusiones sobre las redes sociales entre la población en general. Radcliffe-Brown utilizó el concepto de red diciendo “la observación directa nos revela que estos seres humanos, están conectados por una compleja red de relaciones que tienen una existencia real. Uso el término „estructura social“ para indicar esta red”. Mitchell diría que “...el grupo específico de eslabones entre un definido grupo de personas con la propiedad adicional de que las características de éstos eslabones como un todo, puede ser usado para interpretar la conducta social de las personas involucradas”.¹⁴

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) definía a la red informal como un sistema de apoyo primario integrado al dar y recibir objetos, servicios, apoyo social y emocional considerado por el receptor y proveedor como importantes. Cobb ubicaba a la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional, informacional y sentimental. El primer apoyo intentaba crear en el individuo la sensación de cuidado y amor. Hacía que las personas se sintieran estimadas y valoradas. El apoyo sentimental procuraba generar en el individuo un sentido de pertenencia a una red de comunicación y obligación mutua.¹⁵

Las redes sociales de apoyo, como formas de relación y como sistema de transferencias, pueden proveer varios beneficios y retribuciones para las personas. El valor y la importancia de la red social se pueden considerar un campo de intercambio de relaciones, servicios y productos, a partir del cual se puede derivar seguridad primaria (satisfacción de las necesidades básicas), amparo y oportunidad para crecer como persona.¹⁶

La familia también constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, amortiguadora de las tensiones que engendra la vida cotidiana, pero podrá ser, a menudo, generadora de estrés en sí misma.¹⁷

La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar los objetivos marcados en atención al enfermo.¹⁸

Debemos considerar a la familia del enfermo crónico como objeto de nuestra atención, ya que se van a desarrollar en sus miembros una serie de alteraciones que afectan a múltiples esferas (emocional, social, estructural)¹⁹

Los roles se refiere a las expectativas y normas que los miembros de la familia tienen con respecto al lugar que cada una de ellas ocupa, así como la conducta que cada uno puede llegar a desarrollar y manifestar dentro de la familia. En la actualidad parece más probable observar la existencia de defectos cuando los roles son rígidos.

La enfermedad crónica supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia²⁰. Suele ser frecuente que esta se *cierre* en cuanto a su distribución de roles²¹: la familia se ve obligada a negociar los roles y funciones que hasta ahora venía desempeñando el miembro enfermo y en esta exigencia de responsabilidades suele presentarse de forma brusca (el enfermo deja de tener responsabilidad en relaciones con personas y entidades, laborales económicas) estando favorecida por la sobreprotección al enfermo, al que la enfermedad terminal no ha privado absolutamente de capacidades de decisión y control. El cuidador primario familiar se asigna (por patrones culturales en nuestro medio casi invariablemente a una mujer: cónyuge, hija, nuera)²² y desarrolla una relación muy estrecha con el enfermo quedando excluido el resto de los miembros (hijos menores, cónyuge) lo que motiva aparición de culpabilizaciones, problemas de pareja y disfunción familiar. El enfermo también cambia de actitud con respecto a la familia y dependiendo del grado de comunicación la relación ser más o menos disfuncional: disimulo y aislamiento, exigencia y cólera, abatimiento²³.

La familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, o sea, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo²⁴.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo.²⁵

Siempre cuando aparece un síntoma, como podría ser la enuresis en un niño o la descompensación de una enfermedad crónica, este puede ser tomado como un indicador de una disfunción familiar y hay que ver al paciente no como el problemático, sino como el portador de las problemáticas familiares.²⁶

Toda conducta ante la enfermedad constituye un motivo de estrés familiar, puesto que genera la perturbación y desorganización de sus integrantes ya sea por la pérdida del miembro que se auto elimina como por la amenaza latente de la pérdida de quien lo pretende.²⁷

El grado de desorganización dependerá de la cohesión previa de la familia, los niveles de afecto que sobre ella graviten y los roles que desempeñan los parientes en sus diferentes órdenes de funcionamiento, vale decir educativos, de liderazgo, económicos, entre otros, y por lo general, promueve la dislocación de los focos de atención hacia los individuos afectados; de esta manera, las prioridades laborales, escolares y organizativas, preestablecidas son susceptibles a la desorganización de manera dramática, en un gran porcentaje de los casos.²⁸

Para que la interacción entre los miembros de una familia sea la mejor posible es necesario que el sistema familiar sea capaz, de unido como grupo, enfrentar las crisis, expresar los afectos, como permitir el crecimiento individual de sus miembros y producir el intercambio o interacción constante entre ellos, respetándose la autonomía y el espacio del otro. La comunicación deberá ser clara y directa, las funciones de sus miembros estarán bien establecidas, así como sus responsabilidades y predominará la flexibilidad del sistema.²⁹

En la medida que una familia sea más unida, madura, interactuante en sentido de la positividad, tendiente al equilibrio y la armonía cooperadora e inteligente, sus capacidades adaptativas y la flexibilidad que devenga de ellas, permitirá con más éxito que su nivel de aceptación ante las frustraciones existenciales mejore, para

así afrontar tales contingencias con una óptica más realista y lograr la recuperación del inevitable sufrimiento, de manera tal que se restablezca y reestructure la convivencia familiar en la situación nueva, en un sentido positivo y creador.³⁰

La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a la familia y a su vez según la actuación de ésta, puede mejorar o empeorar el curso de la enfermedad crónica del paciente afectado. La cuidadora se ha de ocupar de las atenciones materiales: preparación de la dieta adecuada, supervisión del cumplimiento terapéutico así como de las revisiones periódicas, etc. Además, tanto la persona cuidadora como los demás miembros de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes le pueden ayudar en la enfermedad. También pueden ser los aliados del profesional sanitario para conseguir una buena evolución de su paciente.

El proceso de la enfermedad crónica requiere una adaptación de toda la familia a la nueva situación. Esto conlleva un desgaste que puede suponer que se desencadenen situaciones de conflicto y a veces de enfermedad de otros miembros si el personal sanitario no está atento a ello.

La reacción de las familias ante una enfermedad crónica no es igual en todos los casos. La mayoría de los pacientes y sus familias se adaptan adecuadamente a la nueva situación y, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que exige, son capaces de reorganizarse e incluso fortalecer sus lazos.³¹

Sin embargo, el profesional sanitario ha de estar atento a aquellas familias que se cierran en sí mismas y quedan atrapadas, llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, limitando su autonomía o independencia. Minuchin y col han descrito el funcionamiento de familias psicósomáticas de niños afectados de diabetes, asma o anorexia nerviosa en las cuales una forma extrema de esta conducta de sobre-involucración tiene como resultado la exacerbación de la enfermedad.³²

En otras situaciones con pacientes crónicos la familia en cambio se distancia a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse por la vía

del divorcio, la institucionalización o la muerte³³. Los cónyuges de los pacientes crónicos a menudo experimentan un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo³⁴. Los profesionales de la salud con frecuencia se centran en la atención al paciente y pasan por alto el sufrimiento del cónyuge descuidando sus necesidades físicas y emocionales. Si el médico tiene en cuenta las demandas y presiones de la familia además de las del paciente, podrá contribuir a promover un funcionamiento más saludable de todos los afectados. La mejor manera es establecer una relación con todos los miembros de la familia e implicarles en su labor de coterapeutas en la asistencia al enfermo.³⁵

Muchos planes de salud y grupos de proveedores están empezando a comprender la necesidad de mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas. Programas de gestión de enfermedades crónicas tienden a caer en dos grupos: la focalización y gestión de los casos (el grupo más grande) y el cambio de sistema integral (el grupo más pequeño). Los artículos argumentan que la mejora real en los resultados sólo se producirá cuando se vuelva a configurar los sistemas de clínica a sí mismos específicamente para satisfacer las necesidades y preocupaciones de los pacientes con enfermedades crónicas. Friedman y McCulloch y sus colegas describen dos importantes esfuerzos de mejora del sistema para mejorar la atención de la diabetes, y el concejal se describen los cambios necesarios para proporcionar un tratamiento eficaz la presión arterial. Aunque estos artículos difieren en cierta medida, comparten características comunes.^{36,37}

Un aumento global en la esperanza de vida y un aumento de los riesgos ambientales y culturales, como el tabaquismo, la dieta poco saludable, falta de actividad física, y la contaminación atmosférica se asocian con una epidemia de enfermedades crónicas. Aproximadamente 120 millones de estadounidenses padecen una o más enfermedades crónicas, lo que representa el 70 y el 80 por ciento de los costos de atención de salud. Veinticinco por ciento de los beneficiarios de Medicare tienen cuatro o más enfermedades crónicas, lo que representa dos terceras partes de Medicare expenditures.^{38,39}

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, insuficiencia cardíaca congestiva, el asma y la depresión

no son tratados adecuadamente, y la carga de la enfermedad crónica se ve magnificado por el hecho de que las enfermedades crónicas ocurren a menudo como comorbilidades.⁴⁰

Algunos estudios sugieren una asociación entre AS y adhesión al tratamiento medicamentoso y dietético; otros también, envolviendo adultos con DM, encontraron que las personas con baja percepción de AS presentaron un control de la glucemia significativamente menor, cuando sometidos a situaciones altamente estresantes (⁴¹⁻⁴²).

A pesar de que la adhesión a los tratamientos y el Apoyo Social han sido ampliamente estudiados, poca atención se ha dado a la relación entre adhesión a los tratamientos y apoyo social percibido, así como a la necesidad de contar con ese apoyo entre los pacientes (⁴³⁻⁴⁴). La evaluación del Apoyo Social es importante para auxiliar a los enfermeros en la planificación de intervenciones apropiadas que podrán promover la adaptación de las personas a su enfermedad (⁴⁵) y, consecuentemente, mejorar la adhesión a los tratamientos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El paulatino incremento en la esperanza de vida y el aumento a ritmos acelerados de la población y nuevos tratamientos, han suscitado una serie de inquietudes sobre los estilos de vida, los sistemas de protección social con que cuentan las personas, su independencia financiera y estado de salud en pacientes neumópatas.

En las últimas décadas, para conocer el grado de bienestar del paciente crónico se ha puesto una mayor atención a los mecanismos formales e informales de apoyo. Entre los primeros destacan el papel de los sistemas de seguridad social. En los segundos sobresale el papel de las redes sociales a través del estudio sobre los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, entre otros.

El énfasis reciente hacia los apoyos “informales” se debe a que en pacientes neumópatas crónicos se experimenta un deterioro económico y de la salud, pero también porque en el proceso de enfermedad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales a través de la pérdida de la pareja, los amigos y compañeros. La primera situación se debe a la progresiva exclusión social que sufre la población a partir estas enfermedades, esto es evidente con el retiro temprano del mercado de trabajo y en general por la salida vía planes de pensión cuyos ingresos son muy bajos.

Todo esto genera dependencia afectiva y económica que se considera responsabilidad de los familiares y parientes, sobre todo de las hijas y el cónyuge. Ellas son percibidas como la fuente de apoyo más directa en ésta etapa de la vida. La producción científica al respecto evidencia la diversidad, riqueza y complejidad de los mecanismos que se utilizan en diferentes sociedades del mundo, pero también se cuestionan la calidad y efectividad de las redes sociales de apoyos sobre todo al centrar su poder en la familia, la cual para algunos críticos se percibe idealizada.

La preocupación por estudiar los apoyos sociales de los adultos mayores se debe ubicar en dos contextos fundamentales. Por un lado, en los países desarrollados existe la preocupación por la incapacidad estatal para financiar políticas y programas dedicadas al mantenimiento físico y material de enfermos crónicos y deterioro funcional. La histórica organización que asiste a la población y los recursos económicos para mantenerla –en el futuro cercano– se ven amenazados por los cambios en la estructura productiva de las sociedades. De ahí que sea la familia y las redes sociales –provistas en la comunidad– las áreas de investigación estratégicamente relevantes al analizar el bienestar de ésta población.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales redes de apoyo que influyen en el control y apego al tratamiento en pacientes con neumopatía crónica asignados a la UMF 20 Vallejo IMSS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar el perfil sociodemográfico (edad, sexo, escolaridad) y clínico (diagnostico).

Describir las redes de apoyo social de los pacientes con neumopatía crónica.

Valorar el nivel de control clínico de la neumopatía crónica.

Medir apego al tratamiento en pacientes con neumopatía crónica.

JUSTIFICACIÓN.

La red social de apoyo (familia, amigos, vecinos, grupos de apoyo), adquiere una gran importancia, sabemos que estos apoyos es un factor fundamental en la salud física y psíquica, de manera que los sujetos con una buena red de apoyo pueden tolerar mejor situaciones de estrés sin enfermar o agudizarse alguna enfermedad previa, mientras que las mismas situaciones pueden provocar graves alteraciones somáticas, psíquicas si no se cuenta con una buena red de apoyo que ayude a afrontar diferentes aspectos que constituyen la situación crítica.

Muchos de los eventos esperados, conocidos como eventos normativos, son altamente estresantes e implican un importante costo en la vida de las personas enfermas. Por ejemplo, la muerte de seres queridos, la disminución de su capacidad cognitiva y física, la disminución de energía, de movilidad y la pérdida de roles y del status social. Todo ello representa un deterioro en su salud y en sus relaciones interpersonales.

En tales momentos de adversidad, las redes de apoyo constituyen un recurso social importante que ayudará a superar el trance y a mantener la calidad de vida y el bienestar de los individuos. Por tales razones, las redes de apoyo cumplen funciones positivas en diferentes áreas. En el campo de la salud constituyen un recurso para optimizar y/ o restaurar el estado de salud y bienestar de las personas mayores.

En el campo social, las redes de apoyo y los roles desempeñados en cada grupo, favorecen que las personas se mantengan integradas y eviten el aislamiento. Además son fuente de afecto y de validación, especialmente porque es posible que exista una reciprocidad en la compleja interacción de "dar y recibir".

Cuando ha pasado un tiempo y el enfermo crónico no mejora los familiares y amigos se desmotivan y comienzan a resentirse del esfuerzo que les supone acompañarle e incluso pueden llegar a comenzar a odiar al enfermo por lo que distorsiona sus vidas y su compañía llega a ser nociva.

Por lo anterior es importante el conocer si los pacientes con neumopatía crónica tienen redes de apoyo adecuadas para un menor manejo y control de su enfermedad.

El saber qué cambios ocurren en los roles familiares es de mucha importancia, ya que estas patologías originan una reestructuración familiar, con la adquisición de una nuevas responsabilidad, cambio de roles dentro de la familia lo que altera la dinámica y equilibrio familiar con la generación de conflictos entre sus miembros.

Los estudios muestran asociación de redes de apoyo con mortalidad y control de la enfermedad en pacientes crónicos. En hombres la necesidad de ayuda para las actividades cotidianas y el cuidado personal se asociaron significativamente con la mortalidad así como el deficiente apoyo social se relaciona significativamente al proceso salud-enfermedad y que ha mayor apoyo mejor control, menor mortalidad y menor estrés y ansiedad.

El aspecto emocional y convivencia adecuada o inadecuada con la familia influye en la conducta, el desinterés o motivación para que un enfermo crónico sienta la necesidad y deseos de vivir y eso lleve a un mejor control de su enfermedad.

En lo anterior existen múltiples estudios sobre pacientes portadores de DM2, HAS, IRC, así como en personas adultas mayores, pero la información internacional sobre pacientes con neumopatía crónica es escasa y a nivel nacional casi nula, de ahí la importancia de realizar este estudio.

Por lo tanto es importante para el médico especialista en particular el médico familiar, conocer cuáles son las principales redes de apoyo en pacientes con neumopatía y si estos cuentan con estas o no, ya que será importante para el apoyo en el control de pacientes con neumopatía crónica, porque mientras tengan una mejor red de apoyo, tiene mayor probabilidad de tener un control de la enfermedad.

HIPOTESIS

HIPÓTESIS ALTERNA

Existe mejor control y apego al tratamiento en pacientes que tienen redes de apoyo o social y/o familiar, en especial la familiar.

HIPÓTESIS NULA

No existe mejor control y apego al tratamiento en pacientes que tienen redes de apoyo social y/o familiar.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

Se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar no. 20, ubicada en calzada Vallejo núm. 675 col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, la cual brinda atención solo por consulta externa

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizara un estudio transversal analítico en los derechohabientes adultos con diagnostico de neumopatía crónica con diagnostico mínimo de 6 meses que acudan a consulta externa, de la UMF 20 Vallejo, de ambos turnos

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes adultos derechohabientes con Diagnostico de neumopatía crónica de mínimo de 6 meses, que acuden a la consulta externa y a control en la UMF 20 Vallejo, IMSS.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnostico de neumopatía crónica (EPOC; Asma; Fibrosis Pulmonar) con diagnostico de mínimo 6 meses
- Pacientes que acceden participar para el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Incapacidad para contestar la encuesta.
- Pacientes psiquiátricos.
- Pacientes con trastorno cognitivo secundario a hipoxia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no deseen continuar participando en la encuesta
- Que conteste incompletamente el cuestionario.
- Pacientes que al momento de realizar la encuesta decidieron ya no participar
- Encuestas incompletas

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.

Se llevara a cabo en la UMF 20 Vallejo, previa autorización del personal administrativo (Director, Jefatura de Enseñanza, Jefes de Departamento Clínico).

Se aplicaran las encuestas correspondientes a los pacientes abordándolos en la sala de espera o a la salida de su control por consulta externa en busca de evaluar sus redes sociales de apoyo.

Se Utilizaran los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario MOS.SSS: Apoyo Social Percibido

Este instrumento está concebido para evaluar a pacientes con patologías crónicas. Ha sido validado en otros estudios a nivel mundial, para su empleo en contextos clínicos, mostrando valores altamente aceptables: .919 para la consistencia interna según Alfa, con una varianza del 59.86%, por todo ello se presenta como un instrumento válido para la evaluación del apoyo social percibido. Es un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social).^{46, 47}

Es un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social). Es breve, de fácil comprensión y auto administrado.

Consta de 20 ítems.

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

2. Test de Morisky-Green.

El Test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico que se utilizó en este estudio, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morisky-Green Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, que consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento. Esta prueba tiene una validez predictiva y concomitante con una precisión alfa de 0.61. Esta validez se basa en la correlación entre un puntaje alto del test y buen control de presión arterial a los 5 años, y a su vez, un bajo puntaje en el test con un mal control de la presión arterial a los 5 años. Este estudio fue publicado en 1986, en la revista médica denominada Medical Care, y este se utiliza desde entonces en el proceso de cuidado de los pacientes de la Clínica de Hipertensión del Hospital de Johns Hopkins y Baltimore City Hospital, entre otros, debido a lo breve y sencillo de realizar, a la validez predictiva a largo plazo y la identificación de problemas específicos que surgen de las respuestas del test como la corrección de errores en la toma (si alguna vez se siente mal, las deja de tomar?), adaptar la toma de medicamentos al horario diario del paciente para evitar el olvido (relacionar la toma del medicamento al lavado de dientes o las comidas), o involucrar a otro miembro de la familia como apoyo a largo plazo. ⁴⁸

Consta de 5 ítems:

- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
- Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?
- Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación?
- Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada.

Una respuesta negativa, se trata de un paciente no cumplidor.

3. Escala de Anthonisen

Esta clasificación es útil para determinar exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar crónica y el uso de antibiótico.

Un artículo publicado recientemente ⁴⁹ sobre pacientes no hospitalizados muestra una clara relación entre la purulencia del esputo y la presencia de bacterias y exacerbación. La presencia de esputo verde tuvo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 77% para el aislamiento de bacterias en concentraciones compatibles con infección, e Indica la existencia de un grupo de pacientes que pueden beneficiarse de la terapia antibiótica y presencia de exacerbación aguda

de la enfermedad. Otro estudio reciente ha validado los criterios de Anthonisen en pacientes hospitalizados con EPOC exacerbada.⁵⁰

Estos criterios valoran:

- Aumento de la disnea
- Aumento del volumen del esputo
- Aumento de la purulencia del esputo
- Tipo I: presencia de los 3 síntomas
- Tipo II: presencia de dos de los tres síntomas
- Tipo III: presencia de uno de los 3 síntomas

Presenta exacerbación del EPOC cuando cumple de 2 de 3 criterios.

4. Control del Asma (Asthma Control Test - ACT) por el paciente.

El test de control del asma (ACT, por sus siglas en inglés), es un instrumento que busca precisar los más adecuados lineamientos clínicos y la percepción del paciente respecto al control de la enfermedad. Parte de la base que, el objetivo fundamental en el combate de la enfermedad es el control total. Consta de 5 preguntas que los pacientes deben responder por sí solos, cada pregunta se califica con una escala de 1 a 5 (punteo más alto a la respuesta más favorable) y brinda una puntuación total de 5 a 25 puntos.^{51,52,53}

El ACT pasó por una rigurosa validación que probó que es un sistema de puntuación válido, confiable y clínicamente significativo. Para lograr esto, se realizó un estudio con 471 pacientes bajo tratamiento regular con especialista en asma en seis centros especializados.

Se evaluaron la factibilidad, la validez, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio que posee el test. Los resultados se compararon con los de la espirometría para determinar la contribución relativa de ambos métodos como predictores de control de asma utilizando como método estadístico la curva de ROC (Características del receptor operativo), así como la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo. El punto de corte establecido en puntaje 19 brinda el mayor equilibrio entre la especificidad y sensibilidad para detectar el control del asma.

Consta de cinco preguntas:

- Durante las últimas 4 semanas ¿Con que frecuencia su asma le impidió llevar a cabo sus tareas habituales en el trabajo, estudio o el hogar?
- Durante las ultimas 4 semanas ¿con que frecuencia sintio la falta del aire?
- Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión, dolor en el pecho) lo/la hicieron despertar durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?
- Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia uso su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones?
- ¿Cómo califica el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Con un puntaje mayor a 25 (Control total), 20 a 24 (Buen control), Menos de 20 (No control)

5. Además de explorar con una ficha de identificación Datos sociodemográficos como la Edad, sexo, escolaridad, ocupación.

Una vez terminada la encuesta se procederá a verificar el llenado correcto de estas, se descartaran las encuestas incompletas o mal contestadas, posteriormente se codificara y capturara lo obtenido en el programa estadístico SPSS.

Se realizaran y llenaran las tablas de salida para la descripción y análisis de los resultados.

Se hará la escritura de las conclusiones y discusión del trabajo final.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis de variables se realizará con estadística de frecuencias y proporciones; para el procesamiento de la información se utilizara el paquete computacional Statistical Package for Social Sciences (SPSS), presentándolo en tablas y figuras. Las formas en las que se describirán los datos será mediante frecuencias y porcentajes para los instrumentos de valoración de apoyo social percibido el resto de las variables explicativas se trataron de forma categórica. Utilizando como prueba estadística la de chi cuadrada para determinación de la asociación y significancia estadística. Utilizando OR con un intervalo de confianza del 95%. Considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS.

Se encuestaron 242 pacientes con diagnóstico de EPOC, Asma y Fibrosis de los cuales se obtuvo el siguiente perfil sociodemográfico; (Tabla1) edad media de 69.01 años \pm 12.82 Rango de 40 a 93 años.

Intervalo de edad más de 70 años 45.5% (n=110); sexo femenino 61.6% (n=149); ocupación hogar 53.7 % (n=130), escolaridad primaria completa 29.3% (n= 29.3).

El diagnóstico más común fue EPOC 62.8% (n=62.8).

Tabla 1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LOS PACIENTES ENCUESTADOS DE LA UMF 20 VALLEJO.

Variable	N	%
Intervalo De Edad	-40	1.7
	41 A 50	9.1
	51 A 60	13.2
	61 A 70	30.6
Sexo	Más de 70	45.5
	Femenino	61.6
Ocupación	Masculino	38.4
	Empleado	10.7
	Comerciante	6.6
	Profesionista	3.3
Escolaridad	Hogar	53.7
	Pensionado	25.6
	Primaria Incompleta	20.7
	Primaria Completa	29.3
	Secundaria	21.5
	Preparatoria	7.9
Diagnostico	Técnico	7.9
	Licenciatura	6.6
	Analfabeta	6.2
	EPOC	62.8
	Fibrosis	31.4
	Asma	5.8

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

El control de la enfermedad fue reportado en el 68.6% (n=166) para aquellos que mostraron control adecuado de su padecimiento y 31.4% (n=76), para quienes tuvieron descontrol de su enfermedad (Tabla 2), (Grafica 1).

Tabla 2.- CONTROL DE LA ENFERMEDAD

Control	N	%
Controlado	166	68.6
Descontrolado	76	31.4

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

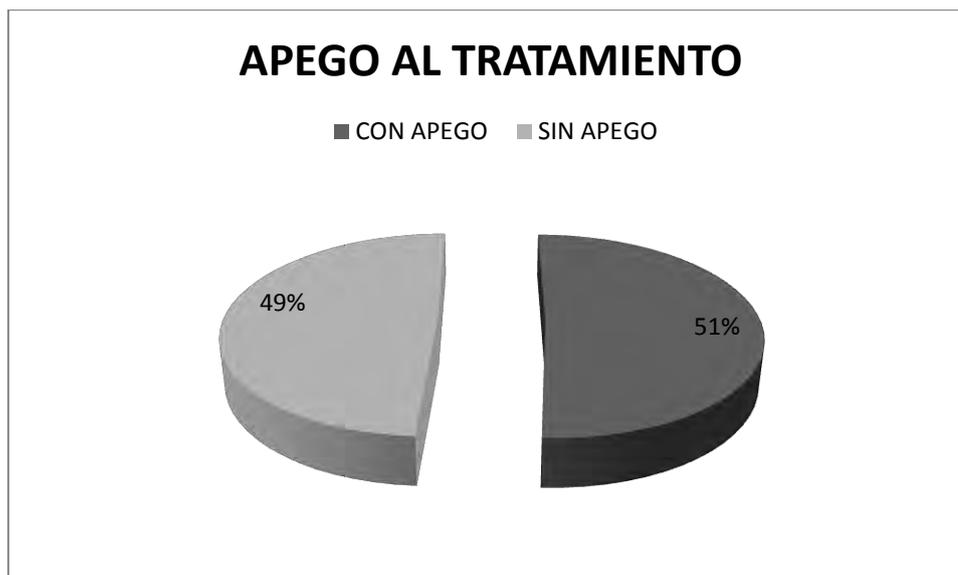


El apego al tratamiento fue de 50.8% (n=123) para pacientes que muestran apego al mismo y 49.2% (n=119), sin apego al tratamiento (Tabla 3), (Grafica 2).

Tabla 3. APEGO AL TRATAMIENTO

Apego Al Tratamiento	N	%
Con Apego	123	50.8
Sin Apego	119	49.2

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20



Se encontró que un total de 55.8% de los encuestados (n=135) cuentan con red de apoyo y un 44.2% (n=107) no cuentan con esta (Tabla 4).

Tabla 4.- RED DE APOYO

Red de apoyo	N	%
Con red de apoyo	135	55.8
Sin red de apoyo	107	44.2

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

Dentro de los ítems que evalúa el cuestionario de MOS-SS, los resultados obtenidos en las encuestas son de un 54.5% (n=132) para aquellos que presentaron un apoyo emocional y un 45.5% (n=110), para quienes no (Tabla5), un total de 89.7% (n= 217) cuentan con un apoyo instrumental y solo el 10.3% (n=25) no cuentan con este apoyo, para las relaciones sociales y distracción 37.2% (n= 90), presentaron apoyo en las relaciones sociales, el resto 62.8% (n= 152) no fue satisfactorio y para el apoyo afectivo 49.2% (n=119)si contaban con el apoyo y 50.8% (n=123), no. (Tablas 5, 6, 7, 8).

Tabla 5.- APOYO EMOCIONAL

Apoyo emocional	n	%
Con apoyo emocional	132	54.5
Sin apoyo emocional	110	45.5

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

Tabla 6.- APOYO INSTRUMENTAL

Apoyo instrumental	n	%
Con apoyo instrumental	217	89.7
Sin apoyo instrumental	25	10.3

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

Tabla 7.- APOYO EN RELACIONES SOCIALES

Apoyo en relaciones sociales	n	%
Con relaciones sociales	90	37.2
Sin apoyo en relaciones sociales	152	62.8

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

Tabla 8.- APOYO AFECTIVO

Apoyo afectivo	n	%
Con apoyo afectivo	119	49.2
Sin apoyo afectivo	123	50.8

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

El sexo femenino se presento como factor de protección para la presencia de red de apoyo con una p de 0.025, un OR de 0.45, IC al 95% de 0.339 – 0.966(Tabla9)

Tabla 9.- RED DE APOYO/SEXO

Sexo	Red de apoyo				P
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Masculino	44	18.2	49	20.2	0.025 OR 0.45 IC al 95% 0.339 – 0.966
Femenino	91	37.6	58	24	

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

Los pacientes con menor edad presentaron una mejor red de apoyo, a diferencia de los pacientes con mayor edad, los cuales su red de apoyo fue menor (Tabla 10).

Tabla 10.- RED DE APOYO/EDAD

Edad	Red de apoyo							
	SI		NO		P			
	N	%	n	%	Rango edad	OR	Intervalo	P
40	4	1.7	0	1.7	51 – 60 a 41 a 50 51-60 a 61-70 51-60 a + 70	3.57 2.87 3.70	0.95 a 13.95 1.02 - 8.39 1.38 – 10.33	0.031 0.0267 0.0036
41-50	11	4.5	11	9.1				
51-60	25	10.3	7	13.2				
61-70	41	16.9	33	30.6				
+ 70	54	22.3	56	45.5				

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

Aquellos con diagnostico de asma, tienen una red de apoyo más fuerte, a diferencia de los pacientes encuestados con EPOC y Fibrosis Pulmonar fue menor (Tabla 11).

TABLA 11.- RED DE APOYO/DIAGNOSTICO

Diagnosti- co	Red de apoyo							
	SI		NO		P			
	n	%	n	%	Dx	OR	Rango	P
EPOC	88	36.4	64	26.4	Asma/EPOC Asma/Fibro- sis	4.36 4.36	0.88–29.3 0.88–29.30	0.041 0.041
Fibrosis pulmonar	35	14.5	41	16.9				
Asma	12	5	2	0,8				

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

El ser empleado o profesionista genera un factor protector en nuestros pacientes, al poseer una mejor red de apoyo (Tabla 12).

TABLA 12.- RED DE APOYO/OCUACION.

Ocupación	Red de apoyo							
	SI		NO		P			
	n	%	n	%	Ocupación	OR	IC 95%	p
Empleado	19	7.9	7	2.9	Emp/Hog Com/Hog Prof/Hog Hog/Pen	3.27 3.61 8.42 0.52	1.19-9.25 1.01-14.1 0.99-187.38 0.27-1.02	0.009 0.025 0.02 0.039
Comerciante	12	5	4	1.7				
Profesionista	7	2.9	1	0.4				
Hogar	59	24.4	71	29.3				
Pensionado	38	15.7	24	9.9				

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

Se encontró en las encuestas a los pacientes que un mayor grado de estudio, mayor será su red de apoyo (Tabla 13).

TABLA 13.- RED DE APOYO/ESCOLARIDAD

Escolaridad	Red de apoyo				P
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Primaria incompleta	25	10.3	25	10.3	Lic /Analf = p=0.048, OR=0.23 IC al 95% 0.04-1.28
Primaria completa	38	15.7	33	13.6	
Secundaria	30	12.4	22	9.1	
Preparatoria	14	5.8	5	2.1	
Técnica	12	5	7	2.9	
Licenciatura	11	4.5	5	2.1	
Analfabeta	5	2.1	10	4.1	

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

Se encontró una fuerte relación en aquellos que tienen una buena red de apoyo, con un adecuado apego al tratamiento, así como su control de la enfermedad (Tabla 14).

TABLA 14.- RED DE APOYO/APEGO AL TRATAMIENTO

Apego al tratamiento	Red de apoyo				P
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Con apego al tratamiento	121	50	2	0.8	0.00 OR 453.75 IC al 95% 94.04 - 2991-17
Sin apego al tratamiento	14	5.8	105	43.4	

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

Control enfermedad	Red de apoyo				P
	SI		NO		
	n	%	n	%	
Con control enfermedad	130	53.7	36	14.9	0.000 OR 51.28 18.2 – 156.56
Sin control enfermedad	5	2.1	71	29.3	

Fuente: Encuestas derechohabientes UMF 20

P* CHI² OR IC AL 95%

DISCUSIÓN.

A través del presente estudio se observó que dos terceras partes de los pacientes que presentan alguna neumopatía crónica se encuentran controlados, la mitad se apega al tratamiento terapéutico y en un 55.8% refieren redes de apoyo.

Además se encontró que existe asociación entre la edad, escolaridad, ocupación, comorbilidad con la presencia de red de apoyo.

De interés cabe mencionar que el apego terapéutico y el control de la neumopatía estuvieron fuertemente asociados a la presencia de redes de apoyo.

Marino, Sirey, Raue y Alexopoulos. (2008) ⁵⁶En su estudio “ Impact of social support and self-efficacy on functioning in older adults with chronic obstructive pulmonary disease”, realizado a 156 adultos mayores con EPOC, encontraron que aquellos pacientes cuyo tamaño de red de apoyo era más grande y a su vez reportaron disponer de apoyo instrumental, presentaban mejor adaptación a la enfermedad, con un mejor control y apego terapéutico. En el análisis de datos realizado los resultados que obtuvieron fueron similares a los obtenidos en nuestro estudio, con un porcentaje de 49.3% en pacientes con red de apoyo y control de la enfermedad y un 31.8 % en quienes no tuvieron red de apoyo y descontrol de su enfermedad, mientras que en nuestro estudio se obtuvieron los siguientes resultados, un 53.7% para aquellos que cuentan con una red de apoyo y control de su enfermedad y un 29.3% para los que carecen de red de apoyo y muestran descontrol de su enfermedad. De la misma manera en el estudio de Marino, Sirey, Raue y Alexopoulos; evaluaron el apego al tratamiento terapéutico en relación con la red de apoyo, con un 47% para aquellos con apego al tratamiento y presencia de red de apoyo y 42.6% para aquellos sin red de apoyo y mal apego al tratamiento terapéutico, mientras que en el presente estudio es de 50% para aquellos con apego al tratamiento y presencia de red de apoyo y 43.4% para aquellos sin red de apoyo y mal apego al tratamiento terapéutico.

Por su parte Menéndez, Gamarra, Nuñez, Alonso, Montes (2009) ⁵⁷ en “Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial” realizaron un estudio observacional, prospectivo, estudiaron un total de 236 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial esencial, dentro de las variables sociofamiliares se incluyeron: el apoyo social, apego al tratamiento y el control de la enfermedad. El 42.2% de los pacientes que refería no contar con una red social tuvieron un mal apego al tratamiento. El apoyo social se mantuvo estable a lo largo del estudio (un año). Los hipertensos carentes de redes sociales de apoyo presentan un descontrol de su enfermedad en un 30.3%, con incremento de la presión arterial sistólica de 9,59 mmHg (rango, 2,67-16,51) y de 4,29 mmHg (rango, 0,44-8,15) en la diastólica, ambos resultados muy similares a los del

presente estudio en relación al descontrol de la enfermedad, mal apego al tratamiento y la ausencia de red de apoyo.

Los resultados coinciden con los ofrecidos por algunos sociólogos, que han mostrado un gran interés en los efectos de las relaciones sociales o familiares en la salud y bienestar, que explican la función de protección e integración social, como parte del concepto de apoyo familiar y social, que es benéfico en situaciones de crisis.⁵⁷

En conclusión las redes de apoyo se asocian a mejor apego y control de la enfermedad por lo que resulta relevante investigar este rubro, ya que la atención y el control de las enfermedades crónicas representan un reto para los servicios de salud. La información puede ser útil, como parte integral de los programas de atención primaria, dirigidos a estructurar intervenciones, con estrategias individuales y familiares que permitan reforzar los valores familiares y sociales, ya que se reconoce y acepta que la familia es una fuente disponible y accesible de apoyo para los enfermos. Más que sustituir las fuentes de apoyo informal, como es el caso de la familia, se deben buscar las estrategias tendentes a aumentar su capacidad de ayuda y funcionamiento, por parte del equipo de salud, a partir de intervenciones en grupos de apoyo a pacientes y familiares, en particular tomando en cuenta los problemas estructurales y de recursos económicos a los que se enfrenta el sistema de salud en la actualidad.⁵⁸

CONCLUSIONES.

El Apoyo social se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el control de la enfermedad y el apego terapéutico, por lo que es posible afirmar su importancia clínica, al observar sus efectos en dichos pacientes que si lo cuentan. Dato también mostrado en la literatura estudiada, al enfatizar la influencia de las redes de apoyo en el manejo del paciente crónico y en la ejecución de comportamientos preventivos o de protección a la salud.

Existió mayor predominio del sexo femenino, con un rango de edad donde en su mayoría para las personas mayores de 70 años, la escolaridad más frecuente fue la primaria completa, la patología que más se encontró fue el EPOC, seguido de la fibrosis pulmonar y el asma.

En aquellos en los que reportaron una adecuada red de apoyo, obtuvieron un mayor puntaje en los ítems de apoyo instrumental y emocional y en el que menor puntaje presentó fue en el de relaciones sociales y distracción.

La mitad de los pacientes presentaron un buen control y apego al tratamiento terapéutico.

El control clínico y apego al tratamiento se presentó en su mayoría en aquellos que tuvieron una buena red de apoyo.

Es necesario que los pacientes con neumopatía crónica tengan una adecuada red de apoyo para que posean un adecuado apego al tratamiento terapéutico y un mejor control de su enfermedad. Por ello, la red de apoyo en pacientes con neumopatía crónica es una tarea central que debe ser parte del control habitual de estos pacientes. Aquellos pacientes con una inadecuada red de apoyo deben ser estudiados de una mejor manera, viendo su entorno social y familiar con el fin de buscar quien brinde dicho apoyo para un mejor control y apego al tratamiento terapéutico.

También se concluye que la red de apoyo puede ser un valioso recurso, capaz de promover una mejor adaptación de la persona a las demandas impuestas por la enfermedad, constituyéndose en una herramienta importante para el profesional de salud y, en especial, para el enfermero. Conocer el proceso y la estructura del Apoyo social permite un mejor entendimiento de la manera por la cual suceden las relaciones sociales de las personas, y como esas relaciones pueden facilitar o promover comportamientos promotores y/o protectores de salud.

En lo que se refiere a la relación entre adhesión y control metabólico, se cree que muchas otras variables pueden influenciar el control metabólico. Factores psicológicos, tales como las creencias en salud, y desigualdades socioculturales pueden ejercer un efecto de interacción e influenciar el control de la neumopatía, sea de forma directa o indirecta.

Hay, también, que considerar que la adhesión al régimen terapéutico, al contrario del control metabólico, es vista como un comportamiento humano y, como tal, está sujeto a las influencias directas del ambiente social en que vive la persona.

La literatura muestra que la evaluación de la red de apoyo por métodos indirectos no revela la extensión en la cual el apoyo percibido refleja los reales comportamientos de apoyo, una vez que las características individuales de la personalidad también pueden influenciar su percepción. Lo mismo se aplica a la adhesión a los tratamientos, ya que su evaluación por esos mismos métodos depende de la capacidad de memoria del que responde, así como de la disponibilidad personal para revelar, de hecho, cual es su comportamiento en relación al seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. Además de eso, es necesario que el investigador tenga habilidad para recolectar las informaciones, de forma no coercitiva ni inductiva.

Algunas limitaciones merecen ser consideradas. La primera se refiere al tipo de estudio que, por evaluar la red de apoyo y la adhesión a los tratamientos solamente en un determinado espacio de tiempo, no permite captar posibles influencias de los eventos vitales en la percepción de apoyo y en los comportamientos relativos a la adhesión a los tratamientos. El conocimiento de esas influencias podría aportar informaciones importantes para la planificación de las intervenciones, una vez que permite la comprensión de la persona en su contexto de vida diaria.

Por lo tanto, investigaciones en esta área deben ser incentivadas, con otros delineamientos y muestras poblacionales mayores, a fin de ampliar el análisis de las relaciones entre AS y las demás variables, así como estudiar las influencias de las intervenciones en el reconocimiento, en el cambio o en el refuerzo de la percepción del apoyo social para la mejoría del estado de salud-enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Barnes PJ, Chung KF, Page CP. Inflammatory mediators of asthma: an update. *Pharmacol Rev.* 1998;50:515-96.
2. Celli B, MacNee W, ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004; 23: 932-46
3. World Health Organization. World Health Report 2003. Statistical Annex. Annex table 2: 154 – 159.
4. Fuente: Secretaría de Salud / Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979 – 2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005-2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006
5. Murray CJL, Lopez AD. Eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge; Harvard University Press; 1996
6. Panorama Epidemiológico e impacto económico actual de la EPOC. *Neumología y Cirugía del Tórax.* Vol. 66 (S2):S13-S16. 2007.
7. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol.* 1999;35:159-66.
8. Vargas MH, Sienna – Monge JJ, Salas J. Diagnostico y tratamiento del asma. *Rev Ins Nac Enf Resp (Mex)* 1994 7:53-66
9. Bender BG. Minimizing attrition in a long term clinical trial of pediatric asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2003; 91:168-76
10. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Informe de labores (1994–2003). México: El Instituto.
11. Requena Santos, Felix y Antonio Manuel Ávila Muñoz, 2002, “Redes sociales y sociolingüística”, *Estudios de Sociolingüística*, 3 (1), Madrid, 71-90.
12. Vaux, Alan, 1988, *Social Support. Theory, research and intervention*, Nueva York, Westport, Connecticut.

13. Rosemberg Seifer, Florencia, 1982, "Regionalismo, faccionalismo y redes sociales en una ciudad pérdida en la ciudad de México, Tesis en Antropología Social, México, ENAH.
14. Lomnitz, Larissa, 2001, Redes sociales, cultura y poder. Ensayos de Antropología Latinoamericana, FLACSO, Miguel Ángel Porrúa, México.
15. Dabas, Elina, 1998, Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales, Paidós, Argentina
16. Chappel, Neena, 1992, Social Support and Aging, Butterworths Perspectives on Individual and Population Aging Series, Canada, 104 pp.
17. Montero Ruiz I. Apoyo social y salud mental. En: Psiquiatría social y comunitaria I. Madrid: ICEPSS; 1997.p.253-68.
18. Benitez del Rosario MA (Coord) Cuidados Paliativos. Recomendaciones FYC. Barcelona: semFYC; 2ª edición. 1998. p 334-354
19. Jaime Sanz Ortiz. Xavier Gómez Batiste. Marcos Gómez Sancho y Juan Manuel Nuñez Olarte Manual De Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guías y Manuales del Ministerio de Sanidad y Consumo 1993. Ed Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica Pº del Prado Madrid. 2ª Edición. 1993. p.18-20.
20. Barreto MP, Espino MA. La familia del paciente en fase terminal. Medicina Paliativa. 5ª Edición. Barcelona, España. 1996 3: p.18-25.
21. De la Revilla, L de la. Sistemas de evaluación del apoyo social e intervención de red. En: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención Familia; Vol. 1; España 2001.
22. García MA, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. 27ª edición. Granada, España, 1999.p 67-75.
23. Montoya-Carrasquilla J. Familia y cáncer avanzado. Aten Primaria [artículo especial]. 1992; 10:689-692.
24. Ruiz Rodríguez G. La familia. Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(1):58-73

25. Ares P. Mi familia es así. 1ª Edición: Ed. Ciencias Sociales, La Habana. 1990. 18:36
26. Horwitz N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Vol OPS 1990. 6(1). 20:30
27. Montalbán R. La conducta suicida. 1ª Edición. Madrid: Editorial Libro del Año; 1997.p12-30
28. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr, 1997; 13(6): 591-5.
29. Pérez Cárdenas C. Crisis familiares no transitorias. Rev Cubana Med Gen Integr. 1992;8 (2):144-51.
30. Florenzano Urzúa R. Familia y salud de los jóvenes Santiago de Chile. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1995.p.31-7.
31. Doherty WA, Campbell TL. Families and Health. Beverly Hills, 2a Edition, CA, Sage Publications, 1988. P:220-232.
32. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. 1a Edición. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.p 111-129
33. 4. Sabbeth B, Leventhal J-M. Marital adjustment to chronic childhood illness: A critique of literature. Pediatrics 1984; 73: 762-768.
34. Klein RF, Dean A, Bogdonoaoff MD. The impact of illness on the spouse. J Chronic Dis 1967; 20: 241-248.
35. Strong M, Mainstay. For the well Spouse of the chronically Ill. 2a Edición. Boston: MA, Little, Brown&Co., 1988.p 222-269.
36. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving outcomes in chronic illness. Managed Care Quarterly. 1996;4:12-25.
37. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74:511-44.
38. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. JAMA. 1996;276:1473-9.
39. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. BMJ. 2001;323:945-6.
40. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288:1775-9.

41. López DMM, López VMG, Ruiz MEG, López JHP, Escobar AN. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med (Mex)*. 2004;42(4):281-4.
42. Miller CK, Davis MS. The influential role of social support in diabetes management. *Topic Clin Nutrit*. 2005;20(2):157-65.
43. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs*. 2001;10:618-27.
44. Lima EDRP, Norman EM, Lima AP. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(3):258-60.
45. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak DS. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Compr Psychiatry*. 1983;24(6):521-9.
46. Santigo YJ, Family satisfaction and social support in a sample of persons with Severe Mental Disorder. Colombia. 2011:16 (4):16
47. Tapia MJ, Adhesión al tratamiento farmacológico anti hipertensión. Valdivia, Chile. 2006. p 18.
48. Osterberg L; T. Blaschke. 2005. "Adherence to medication". *New England Journal of Medicine* 353:487-97.
49. Stockley, R.A., O'Brien, C., Pye, A., Hill, S.L. Relationship of sputum color to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest* 2000; 117: 1638-1645.
50. Soler, N., Agustí, C., Angrill, J., Puig de la Bellacasa, J., Torres, A. The significance of sputum purulence in severe exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: A bronchoscopic study. *Thorax*; en prensa.
51. Neffen H. Test de control del asma: Bases científicas para su aplicación a la clínica. XL Congreso de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. 24 de marzo 2006. Argentina: Unidad de Medicina Respiratoria del Hospital de Niños. 2006.
52. Vásquez González AM, Solares Reyes AC, Kihn Barrios EP. Utilidad del test de control del asma: estudio efectuado en pacientes que asisten a consulta externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital General San Juan de Dios de Abril a Mayo 2007. [tesis Médico

y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2007.

53. Alergomurcia [sede Web]. Cartagena España: Unidad de Neumología del Hospital Nuestra Señora del Rosell; 2007 [actualizado en abril 2007; accesado en febrero y marzo 2008] Test de control del asma: Escala de grado de control.
54. Blumenthal A J, Keefe A F, Babyaka M, Fenwick C, Johnson A J, Stotta K, et al. Ca-regiver-assisted coping skills training for patients with COPD: background, design, and methodological issues for the INSPIRE-II study. *Clinical Trials* 2009;6:172-84
55. Marino P, Mortensen E, Impact of social support and self-efficacy on adults with chronic obstructive pulmonary disease, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008; 3:713-8
56. Marino P, Sirey J, Raue P, Alexopoulos G. Impact of social support and self-efficacy on functioning in older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008; 3: 713-8
57. C Menéndez Villalva , A Montes Martínez , T Gamarra Mondelo , Carmen Núñez Losada , A Alonso Fachado , S Bujan Garmendia. Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Atencion rimarfa*. Vol. 31. Núm. 08. 15 Mayo 2003
58. Haines AV, Hurlbert SJ, Beggs JJ. Exploring the determinants of support provision: provider characteristics, personal networks, community context, and support following life events.

ANEXOS.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Protocolo:

REDES DE APOYO SOCIAL QUE INFLUYEN EN EL CONTROL Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON NEUMOPATÍA CRÓNICA ASIGNADOS A LA UMF 20 VALLEJO.

Hoja de Recolección de Datos

Nombre: _____

Diagnostico: _____

Edad: _____ **Ocupación:** _____

Sexo: _____ **Escolaridad:** _____

**Redes de
Apoyo
Control de
Enfermedad** _____

**Apego al
tratamiento** _____

CUESTIONARIO MOS-SSS DE APOYO SOCIAL

Instrucciones para el paciente: en la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación según los siguientes criterios.

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?

(personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: _____ ; _____

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre.
2.- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3.- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar					
4.- alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5.- Alguien que le lleve al medico cuando lo necesita					
6.- Alguien que le muestre amor y afecto					
7.- Alguien con quien pasar un buen rato					
8.- Alguien que le informe y le ayude a					

entender una situación					
9.- alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones					
10.- Alguien que lo abrace					
11.- Alguien con quien pueda relajarse					
12.- Alguien que le preocupe la comida si no puede hacerlo					
13.- alguien cuyo consejo realmente desee					
14.- Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas					
15.- Alguien que le ayude en sus tareas domesticas si esta enfermo					
16.- Alguien con quien compartir sus temores o problemas mas íntimos					
17.-Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales					
18.- Alguien con quien divertirse					
19.- Alguien quien comprenda sus					

problemas					
20.- Alguien a quien amar y hacerle sentir querido					

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman

cuatro escalas que miden:

- **Apoyo emocional:** ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- **Ayuda material o instrumental:** ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- **Relaciones sociales de ocio y distracción:** ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- **Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño:** ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

TEST DE MORISKY-GREEN

Escriba con un bolígrafo los datos que se le piden a continuación, en los puntos de opción marque con una x la opción que más se aproxime a su respuesta. Todos los puntos tienen que ser contestados. La información es confidencial. Gracias por participar.

1.- ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?

(Si) (No)

2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

(Si) (No)

3.- Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomarlos?

(Si) (No)

4.- Si alguna vez le sientan mal ¿Deja de tomar la medicación?

(Si) (No)

5.- Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada.

(Si) (No)

TEST CLASIFICACION DE ANTHONISEN

Escriba con un bolígrafo los datos que se le piden a continuación, en los puntos de opción marque con una x la opción que más se aproxime a su respuesta. Todos los puntos tienen que ser contestados. La información es confidencial. Gracias por participar.

¿Ha presentado dificultad para respirar o falta de aire en los últimos 3 meses?

(Si) (No)

¿Siente que ha aumentado la cantidad de flemas o esputo en los últimos 3 meses?

(Si) (No)

¿Siente que ha cambiado el aspecto o color de su flema o esputo en los últimos 3 meses?

(Si) (No)

CONTROL ASMA (ACT) por el paciente.

La siguiente prueba puede ayudar a las personas que tienen asma (de 12 años de edad o mayores) a evaluar el control de su asma.

Seleccione una respuesta a cada pregunta. Hay CINCO preguntas en total.

Durante las últimas 4 semanas ¿Con que frecuencia su asma le impidió llevar a cabo sus tareas habituales en el trabajo, estudio o el hogar?

Siempre	Casi siempre	Algunas Veces	Pocas Veces	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

Durante las ultimas 4 semanas ¿con que frecuencia sintio la falta del aire?

Más de 1 vez al día.	1 vez al día.	3 a 6 veces en la semana	1-2 veces en la semana	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia los síntomas de asma (silbidos en el pecho, tos, falta de aire, opresión, dolor en el pecho) lo/la hicieron despertar durante la noche o más temprano que de costumbre por la mañana?

Más de 4 noches a la semana	De 2 a 3 noches a la semana	1 vez a la semana	1-2 veces en la semana	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia uso su inhalador de efecto inmediato o se hizo nebulizaciones?

Más de 3 veces al día.	1 o 2 veces al día.	2 o 3 veces en la semana	1-2 veces en la semana	Nunca	Total
1	2	3	4	5	

¿Cómo califica el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

Nada controlado	Mal Controlado	Algo controlado	Bien Controlado	Totalmente controlado	Total
1	2	3	4	5	

INTERROGATORIO DIRECTO:

¿Ha Acudido Al Servicio De Urgencias Por Descontrol De Su Enfermedad En Los Últimos 3 Meses?

(Si) (No)-

¿Requirió del uso de tratamiento de rescate en los últimos 3 meses?

(Si) (No)

¿Ha requerido internamiento hospitalario por agravación de su enfermedad en los últimos 3 meses?

(Si) (No)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Redes de apoyo social que influyen en el control y apego al tratamiento en pacientes con neumopatía crónica asignados a la UMF 20 Vallejo
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	UMF 20 VALLEJO
Número de registro:	3404
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer cuáles son las principales redes de apoyo en pacientes con neumopatía y si estos cuentan con estas o no porque mientras tengan una mejor red de apoyo, tiene mayor probabilidad de tener un control de la enfermedad.
Procedimientos:	Encuestas
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribuir a la investigación médica,
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Retroalimentar a la unidad para realizar estrategias.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA 10859357
Colaboradores:	DR. MARIO ANTONIO ALARCON JAIMES. R3MF

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013